

全民健康保險醫院總額臺北分區 114 年第 1 次臨時共管會議紀錄

時間：中華民國 114 年 1 月 7 日 14 時

地點：中央健康保險署臺北業務組壽德大樓 9 樓第 1 會議室

主席：

吳院長明賢

李組長純馥

紀錄：潘思潔

出席會議代表及人員(職稱略)：

一、醫界代表：

陳元皓代表	黃天祐 (代)	魏 崢代表	林寬佳 (代)
陳威明代表	李偉強 (代)	楊純豪代表	江雪萍 (代)
簡志誠代表	簡志誠 (視訊)	梁雅婷代表	梁雅婷
張文瀚代表	黃秋萍 (代)	項正川代表	項正川
侯勝茂代表	廖秋鐳 (代)	朱益宏代表	朱益宏
邱冠明代表	洪芳明 (代)	吳淑芬代表	吳淑芬
劉燦宏代表	林慧雯 (代)	廖茂宏代表	周麗娟 (視訊)
李明哲代表	黃雅姿 (代)	康義勝代表	康義勝
趙有誠代表	蕭仁良 (代)	劉靜怡代表	劉靜怡
鄒繼群代表	鄒繼群	黃銘德代表	黃銘德
黃暉庭代表	孟令妤 (代)	潘仁修代表	潘仁修
盧進德代表	盧進德	朱紀洪代表	朱紀洪
賴旗俊代表	賴旗俊 (視訊)	王世典代表	王世典
黃遵誠代表	黃遵誠	傅振輝代表	傅振輝
林三齊代表	林三齊		

二、指定列席代表(職稱略)：

馬漢光 黃信彰 黃瑞仁(視訊) 孫建偉(視訊) 陳寰(視訊) 林佳霈
應思漢 王丕傑 游素秋

三、醫院陪同及審查分會台北分會列席人員：如簽到表

四、中央健康保險署臺北業務組代表及人員：

韓佩軒	谷祖棣	賴淑玲	張志銘	尤明村	潘尹婷
許寶華	馮震華	劉家雯	高軒偉	潘思潔	葉佳妍
蘇愷琦	游博雁	廖辰敏	陳慧如		

壹、主席致詞(略)

貳、報告事項

報告單位：保險署臺北業務組

第一案

案由：醫院總額臺北分區共管會議 114 年-115 年區域及地區醫院會議代表推舉案。

決定：洽悉，近期將函請中華民國區域醫院協會及台灣社區醫院協會協助推派 114 年-115 年會議代表及指定列席代表，並副知轄區區域及地區醫院，並於下次會議報告推舉結果。

參、討論事項

第一案

提案單位：健保署臺北業務組

案由：有關 113 年 1-2 季因應新冠疫情點值下降，本分區醫院總額部門點值費用補助方式訂定案，提請討論。

決議：

一、因應新冠疫情點值下降，本分區獲配共 17.6 億元，含 113Q1：4.99 億元(第一階段 4.99 億、第二階段 0 億)、113Q2：12.62 億元(第一階段 2.89 億、第二階段原為 4.59 億，因比照最低點值補助調為 9.73 億，整體增加 5.14 億)。

二、延續 112 年之分配方式，以各醫院「初核後浮動點數占率分配」作後續分配依據：

(一)分配對象：醫院及交付機構(含病理中心、物理治療所及職能治療所)。

(二)分配方式：

1.以納入當季結算之各院初核後浮動點數占率分配(不反映單

價核減點數、品質補付點數及攤扣點數)。

2.分配後據以重新計算各醫院攤扣後平均點值，如該院未達 0.9 者將補至 0.9，所需費用由其餘醫院等比例折付之。

第二案

提案單位：健保署臺北業務組

案由：有關「臺北分區醫院總額分區共管試辦計畫」之保障項目及合理成長率因子一案，提請討論。

決議：

一、旨揭方案重要決定如下：

(一)試辦時程：提前自 **114 年第 2 季**正式實施。

(二)參與醫院：由各院選擇性參加，改為**全數醫院參加**。

(三)基期設定(0 階)：採**固定基期，以 113 年為基期**。

(四)審查作業：不執行隨機審查及自主管理效能核減，惟為有效管理，仍執行電腦立意抽審(CIS)、單價管理及專案抽審。

(五)保障項目(如附件)：

1.以本組草擬之 16 項為主，含「生產案件」、「精神科住院案件」及「地區醫院 RCW、所有醫院 RCC」等剛性需求及「自發性急性腦血管疾病」、「ICU 前 7 天基本診療費」等急重難症，並於工作小組討論操作型定義。

2.必要時設立保障項目上限。

(六)合理成長率(如附件)：以本組草擬之項目為主，門診(僅反映地區醫院)：供給面反映「醫師人數」及「看診醫師人數」，需求面反映「門診人數」；住診：供給面因病床數登記與實際使用有落差，爰不反映，僅反映「護理人數」，並由需求面之「住院人數」、「住院人日」反映病床實際利用情形。

(七)實施後視情況滾動檢討修正。

二、請各層級分別推派 3 位代表組成工作小組於 114 年 1 月 14 日前提供名單，以利討論保障項目及合理成長率各因子之操作型定義。

肆、散會 (16 時 20 分)

附件、臺北分區醫院總額分區共管試辦計畫保障項目及合理成長率

一、保障項目計算公式說明：

1. 生產案件(序號 1)：當期生產人數 > 基期生產人數之醫院

(1) 給付費用 = 基期各院生產案件每人實收金額 × (當期生產人數 - 基期生產人數)

(2) 基期各院生產案件每人實收金額 =

$$\frac{\text{基期住診實際收入} \times \frac{\text{生產案件點數}}{\text{住診整體案件一般服務點數}}}{\text{基期生產人數}}$$

2. 精神科住院案件(序號 2)：當期精神科住院人日 > 基期精神科住院人日之醫院

(1) 給付費用 = 基期各院精神科住院每人日實收金額 × (當期精神科住院人日 - 基期精神科住院人日)

(2) 基期各院精神科住院每人日實收金額 =

$$\frac{\text{基期住診實際收入} \times \frac{\text{精神科住診案件點數}}{\text{住診整體案件一般服務點數}}}{\text{基期精神科住院人日}}$$

註：精神科住診案件點數排除精神科長效針劑

3. 其他項目(序號 3~16)

(1) 採計費用 = 各項目當期一般服務點數超出基期之差額 × 基期臺北醫院總額平均點值。

(2) 操作型定義詳附表。

4. 其他屬醫院總額一般服務預算，依醫院總額研商議事會議決議、並經共管會議討論納入計算之特定項目。

附表、操作型定義

序號	項目	操作型定義	採計項目	參採
1	生產案件	1. 醫事類別：22(住院) 2. 案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、C1、C4、C5、DZ 3. 給付類別：6(自然生產)、7(剖腹生產) 4. 部分負擔代碼：002(分娩)	申+部	南區
2	精神科住院案件	1. 醫事類別：22(住診) 2. 案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、C1、C4、C5、DZ 3. 就醫科別：13(精神科)	申+部	南區
3	地區醫院 RCW、 <u>所有醫院 RCC</u>	1. 醫事類別：22(住診) 2. 案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、C1、C4、C5、DZ 3. 給付類別：9(呼吸照護) 4. <u>地區醫院 RCW：</u> <u>(1) 層級別為地區醫院</u> <u>(2) 該院試辦計畫代碼：05(呼吸照護-IDS)、14(呼吸照護-慢性呼吸照護病房(病床))。</u> <u>(3) 申報 P1011C、P1012C 者。</u> 5. <u>所有醫院 RCC：申報 P1005K、P1006K、P1007A、P1008A 者。</u>	申+部	南區(保障 RCC)， 本組保障 RCW <u>及 RCC</u>
4	自發性急性腦血管疾病	1. 醫事類別：22(住診) 2. 案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、C1、C4、C5、DZ 3. ICD10-CM 主診斷前三碼為 I60~I68、G45.0~G45.2、G45.4~G46.8 且部分負擔代碼 001(重大傷病)或 011(住院期間急性腦血管疾病發作後一個月內重大傷病)且給付類別不為 9(呼吸照護)者。	申+部	南區
5	體重低	1. 醫事類別：22(住診)	申+部	南區

序號	項目	操作型定義	採計項目	參採
	於 1499 公克之極端未熟兒與早產兒	2. 案件分類 ≠ A1、A2、A3、A4、AZ、B1、C1、C4、C5、DZ 3. ICD10-CM 主或次診斷為 P0701~P0703、P0714~P0715、P0501~P0505、P0511~P0515 且部分負擔代碼為 902(三歲以下兒童醫療補助計畫)或 903(新生兒依附註記方式就醫者)。		
6	1 歲以下幼兒及新生兒呼吸疾病	1. 醫事類別：22(住診) 2. 案件分類 ≠ A1、A2、A3、A4、AZ、B1、C1、C4、C5、DZ 3. 1 歲以下且 ICD10-CM 主次診斷為 P84、P220~P229、P23~P28、J00~J99 者	申+部	南區
7	急性心肌梗塞	1. 醫事類別：22(住診) 2. 案件分類 ≠ A1、A2、A3、A4、AZ、B1、C1、C4、C5、DZ 3. ICD10-CM 主診斷為 I2101~I229 且執行 PrimaryPCI 醫令代碼為 18020B、18021B、18022B、33076B、33077B、33078B 者。	醫令點數	南區
8	主動脈剝離	1. 醫事類別：22(住診) 2. 案件分類 ≠ A1、A2、A3、A4、AZ、B1、C1、C4、C5、DZ 3. ICD10-CM 主診斷為 I7100~I7103、且執行 stent 及置換醫令代碼為 69023B、69024B、69027B、69035B、69036B、69037B 者。	醫令點數	南區
9	ICU 前 7 天基本診療費	1. 醫事類別：22(住診) 2. 案件分類 ≠ A1、A2、A3、A4、AZ、B1、C1、C4、C5、DZ 3. 當季入住 ICU 病患前 7 天之 ICU 病房費、護理費、診察費點數。(病房費醫令為 03010E、03011F、03012G、03013H；護理費醫令為 03047E、03048F、03049G、03050H；診察費	醫令點數	南區

序號	項目	操作型定義	採計項目	參採
		醫令為 02011K、02012A、02013B)。 4.排除呼吸器依賴個案回轉 ICU 之案件		
10	門診放療、化療注射案件	1. 醫事類別：12(門診) 2. 案件分類≠A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF 3. 放療案件： <u>36001B~36015B、36018B~36021C、37006B~37019B、37026B、37030B、37046B。</u> 4. 化療注射案件：有申報 ATC 碼前三碼為 L01(排除 L01XX71、L01EL、L01FX14)、L02 及 ATC 碼為 L03AB04、L03AB05、L03AC01、L03AX、L03AX03、L03AX16、L04AX02、L04AX04、L04AX06、V10XX03，且為注射劑(藥品醫令第 8 碼為 2)之案件。	申+部	高屏(僅保障藥品醫令點數)
11	門診急診檢傷分類 1 級	1. 醫事類別：12(門診) 2. 案件分類≠A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF 3. 醫令代碼為 00201B 者。	申+部	本分區個別醫院虛擬總額研擬項目
12	使用 ECMO 之費用	1. 醫事類別及案件分類： (1) 醫事類別：12(門診)、案件分類≠A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF (2) 醫事類別：22(住診)案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、C1、C4、C5、DZ 2. 使用 68036B【體外循環維生系統(ECMO)建立(第一次)】，47089B(體外循環維生系統管線更換)者。	醫令點數	本分區個別醫院虛擬總額研擬項目
13	使用主動脈內	1. 醫事類別及案件分類： (1) 醫事類別：12(門診)、案件分類≠A1、A2、	醫令點數	本分區個別醫

序號	項目	操作型定義	採計項目	參採
	氣球幫浦(IABP)之費用	A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF (2) 醫事類別：22(住診)案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、C1、C4、C5、DZ 2. 使用 33079B(主動脈氣球裝置術), 47063B【主動脈氣球輔助器使用照護費(天)】者。		院虛擬總額研擬項目
14	地區醫院承作PAC個案之一般服務費用	1. 層級別：地區醫院 2. 醫事類別及案件分類： (1) 醫事類別：12(門診)、案件分類≠A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF (2) 醫事類別：22(住診)案件分類≠A1、A2、A3、A4、AZ、B1、C1、C4、C5、DZ 3. 醫令代碼為 P5101B、P5102B、P5103B、P5107B、P5108B、P5109B、P5129B、P5130B、P5131B、P5132C、P5133B、P5134B、P5141B、P5142B、P5143B、P5144B、P5145B、P5146B、P5506B、P5507B、P5508B、P5509B。	醫令點數	本分區個別醫院虛擬總額研擬項目、風險移撥款
15	門診手術	1. 醫事類別：12(門診) 2. 案件分類：03(西醫門診手術)、C1(論病例計酬案件) 3. 排除執行 ESWL(ICD-10-CM 主診斷碼為 N20.0、N20.0-N20.9；ICD-10-PCS 主手術或處置碼:0TF3XZZ、0TF4XZZ、0TF6XZZ、0TF7XZZ、0TFBXZZ、0TFCXZZ、0WFRXZZ) 及白內障手術(醫令代碼 86006C、86007C、86008C、86011C、86012C、97605K、97606A、97607B、97608C)者。	申+部	本次建議新增項目
16	地區醫院慢連	1. 層級別：地區醫院 2. 醫事類別：12(門診)	申+部	本次建議新增

序號	項目	操作型定義	採計項目	參採項目
	箋開立	3. 案件分類:04 4. 慢性病連續處方箋有效期間總處方日份 ≥ 14 且給藥日份 > 0		項目

二、合理成長率：

診別	價量	指標項目 (皆為成長率)	權重	操作型定義														
門診 (僅 地區 醫院)	量	門診人數	<u>65%</u>	排除案件分類 01、A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、BA、B6、B7、B8、B9、C4、C5、D1、D2、DF，及診察費=0、醫令補報之個案														
		醫師人數	20%	全季皆執登服務於該院計 1 人，不足季則依天數比率計算														
		看診醫師人數	<u>15%</u>	依申報資料歸戶而得，為免極端值影響，件數及費用均達全臺北醫師歸戶 P15 以上才列入計算														
住診	量	住院人數	<u>40%</u>	排除案件分類 A1、A2、A3、A4、AZ、B1、C1、C4、C5、DZ，及醫令補報之個案														
		住院人日	30%															
		護理人數	10%	全季皆執登服務於該院計 1 人，不足季則依天數比率計算														
	價	住診 CMI	<u>20%</u>	<p>(1) 公式 = $\frac{\text{採計件數之 RW 總值}}{\text{採計件數}}$</p> <p>(2) 排除案件分類 A1、A2、A3、A4、AZ、B1、C1、C4、C5、DZ 及給付類別 9、醫令補報之個案</p> <p>(3) 署本部每半年更新 Tw-DRG 之 RW，計算採用時間如下表：</p> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th>當期</th> <th>基期</th> <th>RW 採用年份</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>114Q1</td> <td>113Q1</td> <td>皆採 113 上半年</td> </tr> <tr> <td>114Q2</td> <td>113Q2</td> <td>皆採 113 上半年</td> </tr> <tr> <td>114Q3</td> <td>113Q3</td> <td>皆採 113 下半年</td> </tr> <tr> <td>114Q4</td> <td>113Q4</td> <td>皆採 113 下半年</td> </tr> </tbody> </table>	當期	基期	RW 採用年份	114Q1	113Q1	皆採 113 上半年	114Q2	113Q2	皆採 113 上半年	114Q3	113Q3	皆採 113 下半年	114Q4	113Q4
當期	基期	RW 採用年份																
114Q1	113Q1	皆採 113 上半年																
114Q2	113Q2	皆採 113 上半年																
114Q3	113Q3	皆採 113 下半年																
114Q4	113Q4	皆採 113 下半年																
門住 合計	價	支付標準	100%	公式 = $\frac{(\text{當期單價} - \text{基期單價}) \times \text{當期醫令數} \times \text{支付成數}}{\text{申報點數}}$														